

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

525

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 Juillet à 1 heure de l'après-midi

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ERYTHÈMES SCARLATINIFORMES

DANS LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

PAR

Georges PICHARD

Président : M. BRISSAUD, *Professeur*.

<i>Juges</i> }	MM. ROGER,	{ <i>Agrégés</i>
	TEISSIER,	
	BEZANÇON.	

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et 12 rue Monsieur-le-Prince

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....		M. DEBOVE.
Professeurs.....		MM.
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{	HUTINEL.
		BRISSAUD.
		LANNELONGUE.
		CORNIL.
		MATHIAS DUVAL
Pathologie chirurgicale.....		RECLUS.
Anatomie pathologique		POUCHET.
Histologie.....		GILBERT
Opérations et appareils.....		CHANTEMESSE.
Pharmacologie et matière médicale.....		BROUARDEL.
Thérapeutique.....		DEJERINE.
Hygiène.....		
Médecine légale.....		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		
Pathologie comparée et expérimentale.....		
Clinique médicale.....	{	DEBOVE.
		LANDOUZY.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER
Clinique des maladies des enfants.....		GAUCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		
Clinique des maladies nerveuses.....		
Clinique chirurgicale.....	{	JOFFROY.
		RAYMOND
		TILLAUX.
		LE DENTU.
		TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....		BERGER.
Clinique des voies urinaires.....		Dr de LAPERSONNE.
Clinique d'accouchements.....	{	GUYON.
		PINARD.
		BUDIN.
		POZZI
Clinique gynécologique.....		KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile.....		

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEGUEU.	THIROLOIX.
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THOINOT.
BESANÇON.	TOURETTE.	MARION.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MERY.	WALTHER.
BROCA André.	GUIART.	POTOCKI.	WIDAL.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	RENON.	WURTZ.
CUNEO.	JEANSELME.	REMY.	
DEMELIN.	LANGLOIS.	RICHAUD.	
DESGREZ.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DUPRÉ.	LEGRY.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

HOMMAGE RECONNAISSANT

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le PROFESSEUR BRISSAUD

Chevalier de la Légion d'Honneur

EXPOSÉ DU SUJET

ET

HISTORIQUE

Ayant eu la douleur de voir mourir, l'année dernière, à la maison Dubois, un de nos amis atteint de la fièvre typhoïde, et un érythème scarlatiniforme s'étant présenté dans le cours de cette maladie, nous avons pensé à faire de l'étude de ces érythèmes le sujet de notre thèse de doctorat. M. le Dr Courtois-Suffit, qui avait prodigué ses soins à notre ami, a eu l'obligeance de nous en donner l'observation inédite. Nous lui adressons nos vifs remerciements.

Il y a quelques jours seulement, le hasard voulait qu'un cas de ce genre, fièvre typhoïde ayant présenté à la fin de la période d'état une éruption scarlatiniforme avec quelques rares papules morbilliformes, se présentât à notre observation personnelle dans le service de M. le Dr Huchard à l'hôpital Necker. Nous le rapporterons en détail, à la fin de ce travail.

La connaissance des faits de cette nature, rares d'ailleurs, n'est pas très ancienne, puisque c'est en 1852 que Forget rapporte le premier, observé en 1843. Nous ne

voulons point refaire ici l'historique complet de la question, historique que l'on trouvera exposé dans les travaux récents de Rispal (1889), Remlinger, Angeli et Aron, tous trois en 1900. Nous avons spécialement consulté ces travaux, ainsi que ceux de M. le professeur Hutinel, qui non content d'étudier la symptomatologie des érythèmes infectieux en général (1892), décrit en collaboration avec Martin de Gimard (1890) ceux de la fièvre typhoïde et inspire à son élève Calton une remarquable thèse sur le même sujet.

Nous voulons simplement reprendre la question au point où ces auteurs l'ont laissée et compléter leur historique et leur bibliographie.

Des observations cliniques nouvelles ont été publiées par Le Bœuf, Lebellet, Sébilleau. Nous les avons rassemblées ici et nous y avons joint quelques observations de la littérature étrangère qui nous semblent avoir échappé aux auteurs de 1900, ce sont celles de Marshall et Russell (1896) ; Amitrano (1896). Voir chapitre Pathogénie.

La pathogénie a été reprise sous une forme toute nouvelle par Leroux et Lorrain (1903), Sergent et H. Lemoine (1903) et leurs conclusions seront exposées et critiquées en lieu opportun.

Enfin de nouvelles notions de diagnostic, complétant les anciens travaux de Bez (1877), Raymond et Nélaton (1878) sont apportées par Bell (1901), qui insiste de nouveau sur la contemporanéité possible de la scarlatine vraie avec la fièvre typhoïde, et par Herviault (1902) qui prouve dans sa thèse que certains érythèmes, et en particulier les érythèmes scarlatiniformes dans le cours de la do-

thiésentérie, peuvent être produits par l'emploi des lavements boriqués.

A l'aide de ces nouveaux documents, nous nous proposons d'envisager l'érythème scarlatiniforme de la fièvre typhoïde en lui-même, et restant cantonné exclusivement dans ce sujet, d'étudier son étiologie propre (fréquence, influence du sexe et de l'âge, mode de début par rapport à l'évolution de l'infection éberthienne), puis sa symptomatologie. Nous discuterons ensuite le diagnostic, nous chercherons si cet épiphénomène donne à la maladie fondamentale un cachet clinique et un pronostic particuliers. Enfin nous discuterons avec soin les questions encore obscures de la pathogénie, de l'épidémicité et de la prétendue contagiosité, pour terminer par quelques mots de thérapeutique.

Avant de commencer cette étude que nous espérons être une modeste contribution à la question, nous sommes heureux de pouvoir adresser l'expression de notre profonde gratitude aux maîtres dévoués de la Faculté et des hôpitaux qui nous ont prodigué leurs conseils et leur bienveillant enseignement.

Que Monsieur le professeur Brissaud, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, daigne agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance.

ÉTIOLOGIE

Par ordre de fréquence, les manifestations cutanées de la fièvre typhoïde se classent de la façon suivante, à l'exclusion des lésions ulcéreuses :

1° Les *taches rosées lenticulaires*, d'abord considérées comme constantes et pathognomoniques ; (Louis, Murchison) ; cependant Trousseau montre qu'elles peuvent être absentes : Waller, Rilliet et Barthez qu'elles se voient parfois dans la tuberculose granulique. Elles constituent cependant un élément sémiologique de première importance.

2° Les *sudamina* qui ne diffèrent en rien de ce qu'ils sont dans les autres maladies.

3° Les *taches bleues* simplement dues à de la pédiculose, l'urticaire, l'echtyma.

4° Le *purpura typhique*, qui est l'apanage des dothiéntéries à forme grave et hémorrhagique, la fièvre putride hémorrhagipare des anciens auteurs.

5° Enfin les *érythèmes infectieux*, les plus rares. Il est impossible d'évaluer leur fréquence totale par rapport à l'ensemble des cas de fièvre typhoïde. On peut simplement établir :

a) Qu'il faut y distinguer trois formes : les érythèmes morbilliformes, scarlatiniformes, et polymorphes, la seconde devant nous occuper seule.

b) Que sur 59 cas colligés par Remlinger (1900), cet auteur compte :

31 érythèmes rubéoliformes, soit la moitié des cas.

14 érythèmes rubéolo-scarlatiniformes, soit le quart des cas.

14 érythèmes scarlatiniformes, soit le quart.

Ce qui établit la fréquence relative des formes.

Tous les auteurs ont signalé la fréquence beaucoup plus grande chez l'enfant, et accessoirement chez les soldats, et parlent d'une prédisposition spéciale du jeune âge créée par une sensibilité spéciale de la peau. Cette théorie que nous discuterons plus tard à propos de la pathogénie, nous semble dès maintenant infirmée par ce fait que la fréquence relative de la dothiéntérie est également beaucoup plus grande dans l'enfance et chez les soldats.

La fréquence serait notablement plus grande dans le sexe masculin (Angeli, Remlinger).

La *date d'apparition* de l'érythème scarlatiniforme par rapport à l'évolution de la dothiéntérie est intéressante. Elle permet de classer les cas en trois catégories :

1° Ceux qui apparaissent au début de la fièvre typhoïde, disons, pour préciser davantage, avant l'apparition des taches rosées.

2° Les cas qui surviennent à la période d'état, après l'apparition des taches rosées.

3° Ceux qui apparaissent après la défervescence, pen-

dant la convalescence, et qui peuvent survenir jusqu'à vingt jours (Calton) et 47 jours (Obs. VIII, Russell) après la disparition de la fièvre. Mais dans cette dernière observation, ce rash marque le début d'une rechute typique de dothiéntérie avec nouvelle éruption de taches rosées et rentre par conséquent dans la première catégorie.

Le rash scarlatiniforme du début serait rare pour les auteurs. Remlinger en cite une seule observation.

Nous le croyons au contraire assez fréquent. En effet, sur les onze cas que nous relatons ici, quatre (III, IV, V, et VII) apparurent au début ; ils se montrent indifféremment dans les formes graves (Obs. IV et V) et bénignes de la maladie (Obs. III et VII).

« Dans beaucoup de cas, dit Murchison, cité par Wipham, et par Guéneau de Mussy, l'éruption caractéristique de la dothiéntérie est précédée, à deux ou trois jours, d'un léger rash rouge et ce n'est pas particulier à la fièvre typhoïde, mais cela se voit dans les autres formes de pyrexie.

Les érythèmes scarlatiniformes de la période d'état du 12^e au 21^e jour, constituent la majorité des cas ; ils apparaissent dans les formes normales, habituelles de la dothiéntérie, dans les formes ataxo-adyamiques les plus graves (Obs. IX, Sébilleau) jusqu'aux formes les plus bénignes, jusqu'au simple embarras gastrique fébrile à bacille d'Eberth (Remlinger).

Plus rares sont ceux qui apparaissent après la défervescence et qui succèdent toujours à des formes d'intensité moyenne de la maladie.

SYMPTOMATOLOGIE

Très variables comme date et mode d'apparition, comme caractères objectifs, comme symptômes généraux leur appartenant en propre, se montrant tantôt dans des fièvres typhoïdes à forme normale, tantôt dans des formes graves, ataxo-adyamiques, les érythèmes infectieux se prêteraient mal à une description clinique d'ensemble si l'on n'avait soin de la schématiser le plus possible.

Ils débutent en général sans prodromes spéciaux, et c'est d'une façon inopinée qu'on les reconnaît en découvrant le malade. L'absence presque constante de phénomènes subjectifs d'une part, et d'autre part l'état typhique, prostré et stupide du malade font que celui-ci n'avertit point le médecin de leur apparition qu'il ignore. Cependant, elle peut être précédée de « maux de gorge » de courbature générale, (Obs. III) de « mal de tête et de mal de gorge » (Obs. IV) d'ulcérations superficielles (Obs. XI) comme on en voit souvent sur le voile du palais et sur les piliers dans le cours de la fièvre typhoïde (ulcérations de Duguet déjà signalées par Louis). Il faut bien dire que la céphalée est presque constante au début et dans le cours de la dothiéntérie, mais l'angine paraît très souvent accom-

pagner l'érythème scarlatiniforme, créant ainsi une difficulté de plus pour le diagnostic.

Considérée au point de vue du caractère objectif, l'éruption peut présenter une forme typique, en ce sens qu'elle simule absolument la scarlatine vraie, et des formes anormales qui se rapprochent plus ou moins de l'érythème dit polymorphe.

La forme que nous appelons typique débute souvent par les membres, au niveau des articulations, genoux et coudes notamment, et de préférence du côté de l'extension. Elle envahit ensuite le tronc (Obs. XI), et respecte la face : constituée essentiellement par un érythème diffus, rouge écarlate et brillant (Obs. IV et VII) sur lequel tranchent de petites taches encore plus foncées qui donnent à l'ensemble de l'éruption un aspect granité, truité très spécial, tout à fait scarlatineux (Obs. VIII). A côté de cet érythème diffus que l'on peut considérer comme des macules absolument confluentes, se rencontrent des macules isolées, ou réunies par groupe, ce qui donne aux éléments éruptifs une apparence « circonée, marginée ou gyralée » (Hutinel). Les bords de ces placards sont tantôt très nets, très précis, plus souvent diffus la rougeur diminuant du centre à la périphérie et se continuant par des teintes rosées dégradées avec la peau saine sans délimitation précise.

Dans les formes atypiques (Obs. X et XI) on trouve à côté de zones scarlatiniformes, quelques papules saillantes, quelques macules plus ou moins papuleuses et par conséquent rubéoliformes ; que ces papules soient plus nombreuses, on arrive par gradation à l'érythème infec-

tieux polymorphe, si bien qu'en face d'un malade, il est parfois difficile de classer sa lésion dans telle ou telle catégorie.

Anormalement, l'éruption intéresse la face (Obs. VI), les membres seuls ou le tronc seul (Remlinger), ou bien l'érythème comporte des vésicules centrales qui rappellent la miliaire de la scarlatine vraie (Obs. X).

Y a-t-il concomitamment un exanthème ? Que donne l'examen des muqueuses et en particulier des muqueuses bucco-pharyngées ? C'est là une question qui nous semble fort importante en vue du diagnostic et de la pathogénie. Les auteurs sont d'accord sur leur intégrité ; au contraire, parmi nos onze observations, quatre fois l'état de la gorge n'est pas mentionné ; deux fois seulement on précise son état sain, et cinq fois, chiffre qui nous semble important, on trouve un aspect anormal de la langue du pharynx ou du voile du palais.

Dans l'observation II, l'éruption scarlatiniforme apparue lors d'une rechute, est précédée d'une éruption morbiliforme à la période d'état, cinq jours avant laquelle on constatait du muguet sur la gorge, la voûte palatine, la langue.

Dans l'obs. III, nous relevons :

Début le 15 juillet par mal de gorge, courbature générale et fièvre, puis érythème scarlatineux qui disparaît le 21. A ce moment, le pharynx est rouge, douloureux, sans engorgement des amygdales.

Le 25, le pharynx qui est resté rouge et sensible, présente une ulcération au niveau du pilier antérieur gauche. Erythème le 27.

En même temps que l'érythème, on constate que l'amygdale droite est très gonflée (Obs. IV), que les amygdales sont rouges et enflées (Obs. V).

Enfin chez notre malade, nous avons signalé dix jours avant l'érythème, une ulcération peu profonde du voile du palais, avec rougeur ; langue chargée.

Mais, hâtons-nous d'ajouter que dans aucun de ces cas, l'aspect de la bouche et de la gorge ne rappelle même de loin, l'aspect typique de la scarlatine vraie : langue framboisée, aspect granité, velouté, écarlate du voile du palais et des piliers.

L'érythème scarlatiniforme peut s'accompagner d'autres lésions de la peau ; en dehors des papules que nous avons déjà signalées, on a observé concomitamment : des sudamina (Obs. XI), une abondante poussée de miliaire (Lovy), du purpura (Hutinel, Etienne et Remlinger), des gangrènes de la peau (Hutinel, cas unique).

L'évolution de la lésion est toujours très courte, presque éphémère ; souvent elle commence à pâlir au bout de 24 heures. Elle disparaît en deux ou trois jours, une durée de cinq, six jours est déjà fort rare. Dans un seul cas (Remlinger) on l'a vue atteindre onze jours, persistant jusqu'à la mort.

Quand la mort n'arrive pas trop rapidement, ou que le malade guérit, l'érythème se termine avec ou sans desquamation consécutive. Remlinger signale 4 fois la desquamation sur ses 4 observations ; sur nos onze cas, deux fois la mort est survenue en pleine éruption ; et sur les 9 autres cas, quatre n'ont présenté aucune desquamation, et cinq ont desquamé ; deux de ces derniers ont

présenté la desquamation par larges lambeaux, en doigts de gant. (Obs. II et III).

La récidive de l'érythème est signalée depuis longtemps.

Dans un cas de Lemaigre, neuf jours après la disparition d'une éruption scarlatiniforme apparaissait une nouvelle éruption identique à la première ; l'une et l'autre desquamèrent. Hutinel a observé deux fois la récidive. Siredey cite une malade qui eut en trois ans, huit récides d'érythèmes scarlatiniformes terminées chacune par desquamation. Dans nos observations, nous trouvons la proportion énorme de quatre cas avec récidive, et le fait non encore signalé d'une éruption scarlatiniforme suivie de desquamation en doigts de gant lors d'une récidive de fièvre typhoïde, alors que la période d'état s'était accompagnée d'éruption morbilliforme suivie de desquamation furfuracée. Dans l'Obs. VIII, l'éruption scarlatiniforme se montre pour la 1^{re} fois au début d'une rechute typique de dothénentérie avec nouvelles taches rosées.

Les auteurs insistent tous sur l'absence totale de phénomènes subjectifs ; aucune sensation de chaleur, aucun prurit n'accompagnerait l'éruption. Au contraire dans notre Observ. X, on relate des démangeaisons telles au moment de la desquamation, que le malade s'excorie la peau des bourses. Pons signale également le prurit à cette période.

Reste la description des *phénomènes généraux* qui appartiennent en propre à l'érythème, abstraction faite, non sans peine, de ceux qui reviennent à la dothiénentérie.

Gillet décrit à ce point de vue deux formes suivent la date d'apparition : les érythèmes précoces, lésions, ne s'accompagnant d'aucun phénomène alarmant, et les érythèmes tardifs, graves. Cette division ne nous paraît pas convenir à la réalité des faits.

Nous préférons adopter deux types cliniques : les érythèmes qui n'aggravent pas et ceux qui aggravent par leur apparition une fièvre typhoïde.

Ceux *qui n'aggravent pas* se montrent tantôt au début d'une dothiéntérie de forme habituelle, sans complications et évoluant normalement vers la guérison, (Obs. VI, VII, VIII), tantôt au cours d'une typhoïde bénigne ou grave (Obs. XI) ou anormale (Obs. IX, forme ataxo-dynamique) qui n'en continue pas moins à suivre l'évolution qui paraissait probable. En un mot, l'érythème ne comporte pas de phénomènes généraux surajoutés.

Les érythèmes *qui aggravent la dothiéntérie* s'accompagnent d'une élévation de la température la veille de l'éruption, élévation qui présente son maximum au moment où les taches se montrent, puis redescend sauf dans les cas mortels. Calton et Gillet ont confirmé par leurs observations cette forme hyperthermique.

D'autre part, Calton, Rispal et Remlinger signalent des vomissements alimentaires puis bilieux, du hoquet, un facies péritonéal ; ces formes accompagnées de selles verdâtres fétides, de prostration et d'adynamie, ont une terminaison fatale.

Or, contrairement à Gillet, nous pensons que ces formes aggravantes peuvent apparaître aussi bien au début, qu'à la période d'état et qu'au moment d'une récédive (Obs. X) ou même pendant la convalescence (Obs. I).

PRONOSTIC

Pour Gillet, nous l'avons dit, il dépend de la date de l'apparition de l'érythème : bénin, s'il est précoce ; grave, s'il est tardif.

Pour Remlinger, le pronostic de l'érythème franchement scarlatiniforme est fatal, tous les cas s'étant terminés par la mort, tandis que la mortalité est de 28 % dans les érythèmes polymorphes et de 25 % dans les rubéoliformes.

Raymond et Nélaton étaient arrivés, se basant sur trois observations personnelles, suivies de guérison et dans lesquelles l'érythème avait semblé même amener une sédation dans les phénomènes généraux, à une conclusion diamétralement opposée : la bénignité constante de ces érythèmes. M. le Dr Courtois-Suffit qui possède plusieurs observations de ces érythèmes nous a déclaré que les trois quarts des cas avaient eu une terminaison fatale.

Par suite, nous inclinons à penser que le pronostic d'un érythème scarlatiniforme dans le cours d'une fièvre typhoïde est mauvais et il le sera d'autant plus que l'érythème s'accompagnera de phénomènes généraux qui lui appartiennent en propre : élévation de température, diarrhée fétide, vomissements, facies péritonéal, tendance au collapsus.

DIAGNOSTIC

Il ne faut point songer à différencier schématiquement, ou par des caractères objectifs précis l'érythème scarlatiniforme de la dothiéntérie avec tous les autres érythèmes scarlatiniformes. Le problème consiste, dans un tableau clinique comportant une éruption de cette nature à rapporter celle-ci à sa véritable cause.

Deux cas principaux sont à distinguer, suivant que le diagnostic de la dothiéntérie n'est pas encore porté, ou qu'il est déjà fait d'une façon ferme.

A) Dans la première hypothèse, qui concerne surtout l'érythème précoce, nombreux sont les syndromes qui pourraient donner le change.

Les intoxications par l'arsenic, le mercure et les toxoinfections alimentaires (Juhel-Renoy), s'accompagnent de diarrhée, de vomissements, de prostration et de stupeur et parfois de tuméfaction splénique ; il s'y surajoute des érythèmes scarlatiniformes avec desquamation. Le diagnostic repose alors sur la notion étiologique.

Le choléra qui s'accompagne lui aussi d'érythèmes infectieux, simulera difficilement une fièvre typhoïde, en raison du tableau clinique fort différent.

Il n'en serait pas toujours de même de la *méningite*

cérébro-spinale épidémique, que les auteurs ne signalent pas comme cause d'erreur possible. Et pourtant elle s'accompagne d'érythèmes polymorphes, morbilliformes et scarlatiniformes. On peut hésiter entre cette affection et une dothiéntérie à forme spinale, qui présente des vomissements, le signe de Kernig, des raideurs, des contractures et des douleurs dans les membres. Le diagnostic repose sur la topographie métamérique et le résultat positif de la ponction lombaire dans la méningite cérébro-spinale épidémique.

L'érythème scarlatiniforme idiopathique, souvent récidivant pouvant s'accompagner de fièvre (39-40°), malaise général, embarras gastrique et diarrhée, peut simuler singulièrement celui de la dothiéntérie. On conçoit que le diagnostic est presque impossible dans un cas comme celui de Siredey cité plus haut comme exemple de huit récidives successives.

Le *rash scarlatiniforme de la variole* ressemblerait à celui du début de la dothiéntérie en raison de la prostration, des vomissements, de la céphalalgie, des courbatures. Les caractères distinctifs sont que le rash variolique s'annonce par l'apparition d'une rachialgie extrêmement vive, débute avec une fixité remarquable par les régions inguinales et qu'au bout d'un à deux jours fait place aux vésico-pustules.

Enfin un diagnostic fort épineux reste parfois à faire avec le *typhus exanthématique*. La gravité des symptômes qui accompagnent les érythèmes typhiques dans leurs formes sévères ou aggravées, l'aspect et la généralisation de l'éruption pourraient dans quelques cas faire songer

à l'apparition du typhus exanthématique ; mais les principaux éléments de différenciation sont : la nature essentiellement épidémique et contagieuse de cette dernière affection, son invasion brusque, la prédominance des symptômes nerveux, enfin les caractères particuliers de l'éruption qui débute du 3^e au 5^e jour par l'abdomen et dont les taches rosées plates ou papuleuses, isolées ou confluentes se transforment en taches pétéchiales. Dans tous les cas, le séro-diagnostic nous paraît la clef du problème.

B) Dans la 2^e hypothèse, le diagnostic de dothiéntérie est fait avant l'éruption, soit par l'apparition des taches rosées, soit par le séro-diagnostic. Or un typhique, peut faire divers érythèmes mécaniques dûs à la pression, au frottement des draps, au décubitus dorsal prolongé des éruptions artificielles provoquées par des pansements au salol, à l'acide borique, etc., ou peut-être par l'eau des bains. Ces erreurs sont faciles à éviter.

Herviault, dans sa thèse (1902) a montré que le lavement boriqué peut, notamment chez les typhiques, amener un érythème scarlatiniforme s'accompagnant quelquefois de symptômes généraux graves dûs à une intoxication. Et il en rapporte plusieurs observations dont deux puisées dans la thèse d'Angeli qui les a étiquetées érythèmes typhiques.

Nous n'insisterons pas sur des associations morbides exceptionnelles, comme la coexistence d'une roséole syphilitique, d'un érythème blennorragique ou diphtérique chez un typhique.

On trouvera dans la thèse d'Angeli, une longue énumé-

ration de diagnostics différentiels avec tous les érythèmes médicamenteux. Qu'il nous suffise de savoir que les médicaments suivants parfois employés chez les typhiques sont susceptibles de produire des érythèmes scarlatiniformes : ce sont les iodures, les bromures, le chloral, la quinine et l'antipyrine.

Enfin, dans tous les cas, que l'érythème soit précoce ou tardif, que le diagnostic de dothiéntérie soit ou non posé, il faudra différencier l'érythème scarlatiniforme, de la scarlatine vraie.

En effet, non seulement les formes graves, adynamiques de la scarlatine simulent singulièrement certains cas de dothiéntérie ; dans ces formes, les malades sont plongés dans la stupeur ; la prostration est extrême et n'est interrompue la nuit que par un peu de délire calme, la fièvre est continue. Narines pulvérulentes, langue rôtie, soubresauts des tendons, ballonnement du ventre et diarrhée, tout rappelle la fièvre typhoïde, jusqu'aux escharres sacrées.

D'autre part la scarlatine vraie peut très bien coexister avec la dothiéntérie. Bez dans sa remarquable thèse (1877) en rapporte plusieurs exemples.

« Cette année même, dit Cadet de Gassicourt, in *Traité clinique des maladies de l'enfance* (1882) nous avons observé un cas de fièvre typhoïde développée pendant la convalescence d'une scarlatine bénigne, et la dothiéntérie a été aussi légère que la première maladie ». Et à la page suivante 427, « je voyais l'année dernière un enfant qui était pris de scarlatine pendant le cours d'une fièvre

typhoïde : ces deux maladies suivirent toutes deux une marche régulière et bénigne. »

Bien que l'existence des lésions de l'isthme bucco-pharyngé sur lesquelles nous avons insisté, viennent compliquer le problème, nous le croyons facile à résoudre. En effet, dans toutes les observations d'érythème scarlatiniforme, il manque au tableau clinique un ou plusieurs des symptômes capitaux de la scarlatine.

Ici, (Obs. IV), c'est la langue qui, chargée et saburrale, toute différente de la langue framboisée et dépouillée ; ailleurs les amygdales sont simplement un peu rouges, ou un peu tuméfiées ; le pharynx un peu rouge, ne rappelle en rien l'énanthème caractéristique de la scarlatine. Dans nombre de cas, la gorge est saine. D'autre part, les caractères de l'éruption suffisent souvent à éliminer la scarlatine, soit comme mode de début, soit comme localisation, par exemple aux membres, avec prédominance au niveau des jointures, soit comme polymorphisme. C'est peut-être là le meilleur signe ; si l'on trouve, et c'est la règle, à côté de l'érythème diffus avec pointillé plus foncé, quelques papules aberrantes, ce polymorphisme fera poser le diagnostic d'érythème scarlatiniforme.

DE L'ÉPIDÉMICITÉ ET DE LA CONTAGIOSITÉ.

Tout d'abord, les érythèmes infectieux, scarlatiniformes ou non, de la dothiéntérie, se voient nettement par séries :

M. le professeur Hutinel soigne dans son service, du 1^{er} Juillet au 1^{er} décembre 1889, 38 enfants atteints de fièvre typhoïde sur lesquels 12 furent atteints d'érythème et cinq moururent; c'était le plus souvent des voisins de lit ou les occupants successifs du même lit.

Calton relate deux épidémies; la première dure les mois de Juillet et Août 1892 et comprend six cas avec 3 décès; la seconde au mois d'octobre comprend six cas dont deux mortels.

Legendre observe en 1893, à la suite d'un premier cas d'érythème scarlatiniforme deux autres cas identiques dans la même salle et dans des lits peu éloignés les uns des autres. Les trois cas furent mortels.

Sur les trois observations que Gillet recueille dans le service du professeur Spilmann, deux concernent des voisins de lit pris à huit jours d'intervalle.

De même, Rispal voit le même érythème à quelques jours d'intervalle chez deux occupants successifs du même lit.

Remlinger, sur douze cas d'érythèmes infectieux en général, observés à l'hôpital du Belvédère, remarque que onze d'entre eux se répartissent nettement en deux séries de 5 et 6 cas, séparées par le long intervalle de huit mois; et sur cette deuxième série, cinq concernent des malades soignés dans la même salle et occupant des lits très voisins.

Ces faits semblent bien démontrer l'épidémicité de ces érythèmes, malgré les conclusions contraires de Raymond et Nélaton et plus récemment du Dr Lebellet (d'Au-

busson) (Obs. II) dont l'opinion est basée sur un champ d'observations trop restreint.

Mais peut-on et doit-on en conclure à leur contagiosité ? Question singulièrement utile à résoudre si l'on songe que l'on observe la fièvre typhoïde avec deux maximums bien nets : d'abord chez l'enfant, si particulièrement apte à devenir la proie des affections contagieuses, et ensuite chez les soldats, à qui les conditions de vie en commun à la caserne constituent un milieu éminemment favorable à la propagation des épidémies. Enfin, sauf de rares exceptions, on soigne les typhiques dans les salles communes, et pour toutes ces raisons, il est absolument nécessaire de savoir exactement si l'on doit, ou non, isoler les malade atteints d'érythèmes scarlatiniformes pendant une dothiéntérie.

Or quels sont les faits qui plaident en faveur de la contagiosité ! Il y a d'abord les quatre observations de Leroux et Lorrain (*Arch. de méd. expér.*, 1903) dont nous discuterons avec soin la portée au chapitre de la pathogénie. Disons cependant par anticipation que chez ces quatre malades, atteints de fièvre typhoïde, l'érythème qu'ils ont présenté n'est point dû à la dothiéntérie, mais « à une affection surajoutée » ; c'est la conclusion des auteurs, et cette affection surajoutée est pour nous une *méningite cérébro-spinale épidémique*.

Il ne reste plus qu'un fait en faveur de la contagiosité c'est celui de Legendre. Cet auteur, en plus des trois cas successifs et mortels d'érythème scarlatiniforme suivis de desquamation qu'il observe en un court espace de temps et chez des typhiques placés assez près les uns des

autres, observe un érythème identique et également mortel chez un brightique de la même salle. On ne saurait élever qu'une seule objection à ce fait : c'est que les urémiques présentent des éruptions qui peuvent rappeler un érythème scarlatiniforme. Sans doute, comme Thibierge l'a bien décrit, dans sa forme typique, l'érythème urémique est franchement papuleux, de coloration rouge foncé puis violet, puis noir. Mais les plaques peuvent n'être pas saillantes, devenir confluentes, et « former un érythème plus ou moins étendu ; au bout de quinze à vingt jours, il se produit une desquamation furfuracée » (Thibierge).

Ainsi il ne reste qu'un fait unique et pas absolument démontré, contre une quantité d'observations démontrant la non-contagiosité des érythèmes de la dothiènement-térie. Ce sont les douze cas de Remlinger, les douze cas de Hutinel, les onze cas de Calton, pour ne prendre que les plus fortes séries, qui, survenant dans des salles d'hôpital communes à bien des malades, n'atteignent exclusivement que les typhiques. Cette constatation, en particulier dans un hôpital d'enfants, ou militaire, acquiert une valeur considérable.

Pour nous, c'est la preuve de la non-contagiosité des érythèmes ; mais alors comment expliquer la transmission d'un lit au voisin, ou d'un malade à celui qui occupera ensuite le même lit ? C'est la pathogénie de l'affection qui va éclaircir cette question.

PATHOGÉNIE

Bien diverses sont les théories invoquées pour expliquer la genèse des érythèmes scarlatiniformes survenant dans un nombre relativement très petit de cas de fièvre typhoïde.

A.— Un premier groupe, sur lequel nous passerons rapidement, comprend les théories antérieures aux notions microbiennes. Pour certains auteurs, les éruptions sont dûes à une sorte de diathèse érythémateuse du système cutané. « On les observe dit Murchison, chez les sujets qui ont la peau très fine et très blanche ».

Peter, rapportant dans la Semaine Médicale 1891, l'observation d'une érythème polymorphe chez un convalescent de fièvre typhoïde, ajoute : « Pourquoi cet individu a-t-il fait toutes ces éruptions bizarres ? Il a fait cette éruption pour la même raison qui lui a donné des sueurs profuses dans sa dothiéntérie, parce que c'est un nerveux et qu'il est nerveux par sa peau ».

— Très voisine de cette opinion est une *Théorie dite angio-névrotique*, formulée en 1869 par Kobner, et adoptée surtout par les physiologistes allemands. L'érythème serait dû à une atonie des nerfs vaso-dilatateurs, et

par suite à une paralysie réflexe des vaisseaux due à des excitations parties des centres nerveux vaso-moteurs de la moelle. A cet égard, une observation d'Amitrano, in *Riforma medica* 1896, serait démonstrative ; il s'agit d'un cas d'érythème scarlatiniforme chez un enfant de 4 ans, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde et qui est accompagné de phénomènes méningitiques. Pour l'auteur l'excitation de l'écorce cérébrale a favorisé l'éruption.

Pour nous, la sensibilité spéciale de la peau et l'influence du système nerveux, ne jouent que le rôle de causes adjuvantes.

D'autres auteurs ont attribué aux érythèmes une *cause toujours médicamenteuse*. La thèse récente de Herviault est venue donner un regain d'actualité à cette opinion en montrant qu'ils peuvent être causés par des lavements d'eau boriquée. Or nombreux sont les cas où l'on n'a prescrit aucun médicament susceptible de produire un érythème.

B. — Les notions microbiennes ont précisé la genèse de ces érythèmes ; et depuis les travaux de Bouchard, Charrin et Gley, on sait que les toxines microbiennes sont les unes vaso-constrictives, les autres vaso-dilatatrices, et que celles-ci, en amenant une vaso-dilatation considérable, produisent l'érythème par congestion du derme, et même le purpura par hémorrhagie interstitielle.

« Or, dans la dothiéntérie, dit Gillet, partisan de la *théorie de l'auto-intoxication*, les matières toxiques sont d'autant plus facilement résorbées, que les plaques de

Peyer ulcérées créent autant de plaies absorbantes à la surface de l'intestin ».

Les toxines sont-elles dûes à une infection surajoutée, ou sont-ce *les toxines du bacille d'Eberth* seul ? C'est à cette dernière opinion que se rangent Gaillard, Rispal et Remlinger : Gaillard parce que il ne voit aucun motif de réserver le privilège de l'érythrogénie aux streptocoques et aux colibacilles pour en déposséder d'autres microbes, comme le bacille typhique, également capable. Rispal, parce que dans les deux cas qu'il a observés, il n'a pu découvrir en aucun point de la peau et des muqueuses l'existence du plus petit foyer microbien ou de la moindre ulcération capable de servir de porte d'entrée à une infection secondaire.

Remlinger conclut que l'érythème est un symptôme rare de l'infection éberthienne, sans que l'on doive invoquer forcément une infection surajoutée.

L'opinion contraire, la *théorie de l'infection secondaire* repose sur de nombreux faits expérimentaux.

Etienne, dans un seul cas, cultive un bacille spécial, qu'on n'a plus retrouvé. Le même auteur, dans plusieurs cas, trouve du staphylocoque par piqûre du doigt ou des taches érythémateuses.

Remlinger le trouve également dans un cas en ensemençant du sang veineux du bras ; Gillet cultive du staphylocoque doré par prise de sang au niveau des macules.

Le colibacille est trouvé dans un cas de Legendre par ensemencement d'une squame du thorax. Lesage et Macaigne, qui le trouvent constamment dans les viscères des cholériques ayant présenté des érythèmes, pensent

que l'érythème des typhiques est aussi dû au colibacille.

Mais le colibacille est trop banal dans l'intestin, le staphylocoque au niveau du revêtement cutané, pour que ces observations soient probantes, comme le remarquent eux-mêmes leurs auteurs, et pour qu'elles expliquent la pathogénie de phénomènes aussi rares que les érythèmes. D'autre part on ne connaît pas d'érythèmes dans les septicémies à staphylocoques.

Au contraire, dans les septicémies à streptocoques, les érythèmes scarlatiniformes sont indubitables ; l'affection dite scarlatine puerpérale en est la meilleure preuve (Widal). Hutinel, Martin de Gimard et Calton incriminent le streptocoque ; ils pensent que celui-ci se localise non seulement dans l'intestin mais surtout au niveau des érosions buccales, aphtes, etc. Sébilleau (Obs. IX) conclut aussi à l'origine streptococcique. Nous croyons qu'en montrant la fréquence des lésions concomitantes de l'isthme bucco-pharyngé nous apportons un nouvel argument en faveur de cette opinion, à savoir que l'infection surajoutée est streptococcique, et qu'elle a son principal foyer au niveau des muqueuses bucco-pharyngées.

Reste à discuter la genèse possible des érythèmes par infection surajoutée due à un diplococoque spécial se rapprochant beaucoup de l'entérocoque, conclusion d'un très intéressant travail de MM. Leroux et Lorrain (*Arch. de méd. experim.*) 1903). Or si nous dépouillons à fond leurs quatre observations, nous arrivons à regarder cette infection surajoutée épidémique comme une méningite cérébro-spinale, en raison précisément de la notion épidémique, du caractère polymorphe de l'érythème, et surtout

de sa topographie métamérique, et des signes cliniques tels que vomissements, hypéresthésie cutanée, etc. C'est aussi l'opinion de MM. Sergent et Lemaire. (Soc. médic. des hôpitaux, 1903)

La pathogénie par infection surajoutée streptococcique rend suffisamment compte, en dehors de toute contagiosité directe de l'érythème, de la possibilité de la transmission par les objets de literie, ou les ustensiles (verres à boire, etc...) d'un malade au voisin, ou aux occupants successifs d'un même lit, faits que nous avons signalés plus haut.

TRAITEMENT

La prophylaxie de l'érythème scarlatiniforme est possible, d'après ce que nous venons de voir : elle consiste dans les soins d'antisepsie générale et surtout buccale.

Le traitement curatif n'est à instituer que dans la forme clinique que nous avons appelée aggravante : ce sera la médication tonique, potion de Todd, extraits de Kola, coca et quinquina, caféine et éther en injections hypodermiques et tous autres médicaments employés dans les états adynamiques.

Dans la forme clinique non aggravante, le traitement de l'érythème en lui-même n'existe pas. On continuera à traiter comme précédemment la dothiéntérie en cours. C'est tout au plus si la poudre d'amidon, associée ou non à l'acide borique, au talc, au sous-nitrate de bismuth, ou le glycérolé d'amidon, la vaseline mentholée trouveront de rares indications en cas d'excoriations ou de prurit pénible.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Docteur LEBELLE (d'Aubusson), in Bulletin médical, 1902

Il s'agit d'une femme d'une cinquantaine d'années, convalescente d'une fièvre typhoïde grave, qui présenta une éruption scarlatiniforme envahissant tout le tronc et les membres, et ne respectant que la face, les mains et les pieds. La température était aux environs de 39°, l'état général était mauvais. Elle succomba deux jours après.

OBSERVATION II

Docteur LEBELLE (d'Aubusson). — *Fièvre typhoïde avec éruptions rubéoliformes et scarlatiniformes.*

Ma..., jeune garçon de 12 ans, est pris le 1^{er} juillet 1901 de diarrhée profuse et de vomissements, sans que, les jours précédents, rien d'anormal ait été remarqué par son entourage. Je le vois pour la première fois le lendemain. Il n'y a rien de particulier dans ses antécédents personnels. Il a eu étant enfant, la rougeole et la coqueluche ; à 7 ans, il aurait eu un peu d'ictère.

Au moment de ma visite, les vomissements ont cessé,

mais la diarrhée est toujours abondante, la langue saburrale. Température 39° 4, gargouillements et douleur à la pression dans la fosse iliaque droite. Pas d'albumine. Quelques jours après, épistaxis peu abondante. Les taches rosées apparaissent au début du deuxième septénaire. La maladie semble suivre son cours normal sans complications. Il n'y a eu, jusqu'alors, ni délire, ni phénomènes pulmonaires, sinon quelques râles sibilants. La température a rarement dépassé 39°. Le 20 juillet, il n'y a plus que 37° 8 le matin et 38° 2 le soir. Mais le lendemain, la température atteignait subitement dans la soirée 39° 6. En même temps apparaissait du muguet sur la gorge, la voûte palatine, la langue. L'état général n'était cependant pas mauvais et le muguet disparut rapidement sous l'influence des alcalins.

Je pouvais espérer que la défervescence se terminerait sans encombre, quand après être descendu le 24 à 37° 5, le thermomètre remonta le lendemain à 39° 4. Rien ne semblait expliquer cette ascension. Il y avait bien aux fesses, un peu d'érythème mais il y en avait depuis longtemps, mon petit malade restant toujours dans le décubitus dorsal. Cependant, ce soir là, l'érythème semblait bien se propager un peu du côté de la face interne des cuisses. Le lendemain, il avait gagné tout le tronc et les deux membres inférieurs. Il avait l'aspect nettement morbilliforme : j'en profitai pour expliquer aux parents, naturellement inquiets que cette éruption n'avait rien de grave en soi et je portai un pronostic favorable. J'eus peut-être le tort d'ajouter que éruption pour éruption, il valait mieux la voir ressembler à la rougeole qu'à la scarlatine. Deux jours après, l'érythème disparaissait, la défervescence reprenait son cours, en même temps que se produisait, sur tout le tronc et les membres inférieurs une desquamation furfuracée. Le 28 juillet, il n'y avait plus de fièvre.

Tout se passa bien jusqu'au 31. Mais ce jour-là, en entrant dans la chambre du malade, je fus frappé par la tein-

te rouge de son visage. En découvrant les draps, je m'aperçus que la rougeur envahissait toute la peau. Il n'y avait pas une parcelle de peau grande comme une pièce d'un franc qui fût épargnée. Ajoutons qu'il y avait du coryza et de la conjonctivite.

C'était bien un érythème scarlatiniforme, et, en rappelant sa gravité, je crus devoir faire part de mes craintes à la famille. La température d'ailleurs était remontée à 39°, et l'état général s'était subitement aggravé. Mais le lendemain, si l'aspect extérieur de mon petit malade n'avait pas changé, il y avait baisse thermométrique. Deux jours après la desquamation se produisait. Elle fut abondante comme dans la scarlatine vraie. Aux mains, les doigts étaient recouverts de véritables doigts de gants. La peau de la plante des pieds tomba d'une seule pièce. La convalescence reprit, mais l'appétit fut long à revenir.

Actuellement la santé de mon ex-malade est parfaite. Il n'y a jamais eu d'albumine dans l'urine.

L'auteur y ajoute les réflexions suivantes :

Voilà donc une fièvre typhoïde d'apparence plutôt bénigne, évoluant normalement, qui, à la fin de la convalescence, se complique d'érythème morbilliforme, et, cinq jours plus tard, quand tout est rentré dans l'ordre, quand on est en pleine convalescence, il survient un rash scarlatiniforme.

Si la première éruption est d'un pronostic favorable, il n'en est pas de même de la seconde. Or, dans mon cas, si l'état général s'est aggravé, ce n'a été que temporairement, et la guérison n'a été que retardée.

Il m'est difficile de me prononcer sur la nature intime de ces érythèmes. Je veux bien qu'ils soient contagieux

et épidémiques, mais les deux cas que j'ai observés ont été absolument isolés, quoiqu'ils aient apparu dans de petites épidémies de fièvre typhoïde.

OBSERVATION III

D^r LEBOEUF. — *Journal médical de Bruxelles*, 24 mai 1900.
Hôpital Saint-Jean.

Publié sous le titre : *Association de fièvre typhoïde et de scarlatine à rechute.*

En réalité : *Rash scarlatiniforme au début d'une fièvre typhoïde avec récédive.*

Le nommé Louis L..., 19 ans, cuisinier, entre dans notre service le 19 juillet 1899, malade depuis 4 jours. L'affection a débuté brusquement par des *maux de gorge*, de la courbature générale et de la fièvre. Le patient présente à son entrée un *érythème d'aspect scarlatineux* et nous l'isolons au quartier des maladies éruptives.

Dans la journée du 20 juillet, une *éptitaxis*.

Le 21, il n'existe plus qu'une légère rougeur au devant du thorax. Le pharynx est rouge, douloureux, sans engorgement des amygdales. Trois selles liquides. Rate un peu augmentée de volume. L'urine ne renferme ni sucre ni albumine.

Le 22, le ventre se ballonne, la rate augmente encore de volume. Le pouls devient dicrote à 84. L'auscultation du cœur dénote à la pointe de la rudesse du premier temps. Pas de selle.

Le 23, une selle. Douleurs dans l'abdomen. Le pharynx reste rouge et sensible. La langue est rouge à la pointe.

Le 24, une selle diarrhéique. Le ventre est ballonné, douloureux dans la fosse iliaque droite. La rate toujours

augmentée de volume. Présence de *taches rosées*. Pouls nettement dicrote à 88. — Pas d'albumine.

Le 25, mêmes symptômes. Le pharynx est rouge et l'on remarque sur le pilier antérieur gauche une ulcération. Il semble exister à côté des taches rosées quelques papules de nature différente. Absence d'engorgement ganglionnaire dans l'aîne et à la nuque. Pas de cicatrisation apparente de chancre.

Le 26. Le premier temps du cœur est devenu nettement soufflant ; le second temps est dédoublé.

Le 27. Constipation depuis 48 heures. L'amaigrissement est notable. Les pommettes sont colorées. Il existe une éruption papuleuse à la poitrine, aux avant-bras, aux jambes, dans le dos et les reins. En arrière, matité à la base du poumon droit, avec abolition de la respiration et des vibrations thoraciques. Quelques sibilances à gauche. La rate, toujours gonflée, est perceptible à la palpation. Le pouls, fortement dicrote, bat 84.

Le 28. Une selle par lavement. Les symptômes pulmonaires et cardiaques sont demeurés les mêmes.

Le 29. La rate est moins engorgée et la matité diminue à la base pulmonaire droite.

Le 30. *Séro-diagnostic positif* au 1/20, au bout de 5 minutes ; constipation depuis 2 jours.

Le 31. Deux selles à la suite d'un lavement. La langue est plus chargée. Insomnie. Pouls à 84.

Le 1^{er} août. Même état.

Le 2. Le malade a eu quelques nausées. L'urine continue à ne pas renfermer d'albumine.

Le 3. Ventre moins ballonné, pouls à 72.

Le 4. On constate dans l'urine *des traces d'albumine*.

Le 5. Constipation depuis deux jours. La rate diminue de volume.

Le 6. Le malade a bien dormi ; l'appétit se réveille. Appa-

rition sur tout le thorax, les bras et les cuisses d'un rash scarlatiniforme.

Le 7. L'éruption persiste. L'urine ne renferme plus d'albumine.

Du 8 au 13. Rien de spécial. La constipation du sujet réclame l'emploi de lavements évacuants.

Le 14. L'érythème scarlatiniforme pâlit en même temps qu'apparaît de la desquamation. Celle-ci continue et nous la trouvons encore très marqué le 28 au niveau des cuisses et des mains.

Le 3 septembre. On signale des traces d'albumine dans l'urine qui disparaissent complètement le 4. La desquamation reste très accusée, surtout dans la paume des mains.

L'affection a évolué régulièrement à partir de ce moment et le malade est sorti guéri le 16 septembre.

Le tracé de la température n'offre rien de bien spécial. Il oscille entre 39 et 40° jusqu'au 9^e jour de la maladie puis se maintient entre 38 et 39° jusqu'au 17^e jour, atteint 37° le 21^e jour et ne dépasse plus une moyenne de 36.8 à partir du 23^e jour.

L'auteur de cette observation en fait une fièvre typhoïde associée à une scarlatine à rechutes.

Dans la Presse médicale Belge (Juillet 1900), le Dr Dubois-Havenith discute l'observation du Dr Le Bœuf et conclut plutôt à un érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant dans le cours d'une fièvre typhoïde. Il s'appuie sur la traduction de Kaposi par Besnier (Traité des Maladies de la Peau, T. I, page 338 et suiv.).

Nous adoptons la même manière de voir, en raison de l'absence de l'aspect spécial de la langue, des amygdales et du voile du palais propre à la scarlatine, des vomissements au début, et surtout à cause de la récurrence de

l'érythème, et de l'existence de quelques papules hétéromorphes.

OBSERVATION IV

WIPHAM, Société clinique de Londres
in Lancet, 21 avril 1883

Eruption scarlatiniforme dans la fièvre typhoïde

Le premier cas est celui d'un cocher de cab, âgé de 36 ans, habitué à boire, mais qui depuis douze mois avant son entrée, était devenu membre d'une société de tempérance.

Les symptômes fébriles avaient commencé 14 jours auparavant, mais les intestins fonctionnaient régulièrement et les selles étaient spontanées. Au moment de son admission, l'homme se plaignait de mal de tête, et de mal de gorge, il avait une éruption érythémateuse brillante sur le tronc, les jambes et les bras. L'amygdale droite était très gonflée, la langue très chargée, le pouls à 128°, et la température atteignait presque 40°5 centigrade, (105° Fahrenheit). Le jour suivant, l'éruption était plus marquée sur les bras et sur les jambes et s'était étendue aux pieds. Le 3^e jour après l'admission, le malade s'agita et commença du délire ; les intestins, jusque là opiniâtement constipés, furent évacués par une purgation. La diarrhée s'établit, quoiqu'un peu modérée vers la fin, et continua plus ou moins jusqu'au décès du malade, c'est-à-dire 4 jours après son admission.

Aucune éruption typhique n'existait.

A l'autopsie, on trouva une ulcération étendue des plaques de Peyer.

OBSERVATION V

WIPHAM, Société clinique de Londres
in *Lancet*, 21 avril 1883

Eruption scarlatiniforme au début d'une fièvre typhoïde

Le second cas était celui d'un enfant de 4 ans, qui fut reçu à l'hôpital le 6 octobre 1882. Il avait déjà eu la scarlatine, la rougeole et la coqueluche. Des symptômes fébriles se manifestèrent la veille de son admission, et lorsqu'on l'examina, la température était de 104°2 Fahrenheit (40°1 centigrade) et le pouls à 120. Sa langue était rouge à la pointe, et sur les bords; et les papilles formaient au centre un revêtement blanchâtre.

Le jour après son entrée, on remarqua une éruption rouge sur les jambes de l'enfant, et on l'isola. Le jour suivant, l'érythème s'était très étendu et était très brillant. Les amygdales étaient rouges et enflées. Le malade était constipé.

Le 10 octobre, quatre jours après son admission, l'éruption avait pâli considérablement, les intestins restaient inactifs, et on administra une purgation de sel de Carlsbad qui fit un heureux effet. Le 11, l'éruption rouge avait disparu; le 13, la température atteignait 105° Fahrenheit (40° 5 centigrade); le pouls 132. L'enfant délirait, et avait des cris perçants.

Les intestins furent évacués grâce à de l'huile de ricin; les matières étaient à moitié dures, et de couleur d'argile. Le 1^{er} octobre, les taches caractéristiques de fièvre typhoïde apparurent, mais à aucun moment, il n'y eut desquamation. A partir de cette date, les symptômes furent nettement ceux

de la fièvre typhoïde et l'enfant mourut le 19^e jour après son admission.

L'examen post mortem révéla une ulcération étendue des plaques de Peyer et un gros gonflement des ganglions mésentériques.

OBSERVATION VI

THEODORE FISCHER. — *In British Medical J.* 15 avril 1893

Erythème dans la fièvre typhoïde

Le 2 février de cette année, un garçon âgé de 8 ans fut admis à l'Hôpital Royal pour femmes et enfants dans le service du Dr Haig pendant ce qui parut être la 3^e semaine de la fièvre typhoïde. Le lendemain de l'entrée, des plaques érythémateuses apparurent sur la figure et les jambes. Ces plaques étaient plus marquées sur les éminences malaires, celles de la joue droite étant cependant beaucoup plus petites qu'à gauche. La couleur était rosée; les plaques, quoique imperceptiblement saillantes, avaient des bords très bien définis, quelques petites aréoles rouges se voyaient sur les jambes et les cuisses. Après avoir duré deux ou trois jours, l'éruption disparut, mais comme dans certains cas de M. Manning, reparut de temps en temps la quinzaine suivante, une autre grande plaque apparaissant sur la joue droite en plus de celle déjà existante sur la figure.

Au moment de l'apparition, l'enfant était très malade; ses lèvres et ses dents étaient couvertes de fuliginosités, sa langue était sèche et fendillée. La température était

constamment élevée et oscillait entre 102° et 104° jusqu'à 104°6 (38°9 à 40°3 centigrade). Il est maintenant convalescent et près de quitter l'hôpital, mais la desquamation est encore bien marquée à l'endroit des anciens placards érythémateux.

OBSERVATION VII

W. RUSSELL de l'hôpital de la Cité-Nord de Liverpool.
In Lancet, 21 mars 1896

*Rash accidentels dans la fièvre typhoïde et dans le typhus,
simulant l'éruption de la scarlatine*

Un homme entra à l'hôpital le 25 avril dernier et dit que depuis 4 jours précédents, il souffrait de la tête; il se plaignait aussi de douleurs dans l'abdomen, de manque d'appétit, de sensation de lassitude générale. Il n'avait pas de diarrhée.

A son entrée, il présentait l'aspect caractéristique dans la fièvre typhoïde de stupeur et de prostration. Ses pupilles étaient dilatées et la conjonctive claire. La langue était très chargée avec un enduit jaunâtre, et l'haleine fétide. Température 104° (40° centigrade). On ne voyait pas de taches rosées; sur le devant de la poitrine et sur l'abdomen, se voyait un rash érythémateux intense, écarlate, disparaissant sous la pression et reparaissant aussitôt la pression supprimée. Il existait également sur le dos et les membres. Pas de lésion de la gorge.

Le rash conserva son intensité pendant 24 heures après l'admission, puis il commença à pâlir, et deux jours après il avait disparu.

L'après-midi du 27, deux taches rosées étaient apparues, une sur l'abdomen et l'autre sur le dos; c'était alors le 7^e jour de la maladie. Quelques jours après, il y eut une

abondante éruption de taches typhiques suivie d'une abondante diarrhée caractéristique.

Le cas continua à prendre le cours typique d'une fièvre typhoïde normale et le malade quitta l'hôpital six semaines plus tard.

OBSERVATION VIII

W. RUSSELL, de l'hôpital de la Cité-Nord de Liverpool
In Lancet, 21 mars 1896

Un malade était supposé être tombé malade neuf jours avant son entrée ; l'éruption, la diarrhée et la température étaient celles de la fièvre typhoïde. La température ne décrut pas jusqu'à la normale, avant le 36^e jour. Elle resta ensuite normale pendant dix jours, et pendant ce temps la langue resta propre, et les selles moulées. Le malade était à la diète lactée.

Le 47^e jour de la maladie, il y eut une élévation de la température à 99.8, (37.7 centigrade) et alors apparut un rash érythémateux de teinte écarlate sur le devant de la poitrine et sur l'abdomen, légèrement marqué sur le dos et sur les membres.

Le jour suivant, le rash était plus intense et le lendemain, encore davantage ; le 54^e jour de la maladie il avait entièrement pâli. Ensuite apparurent sur l'abdomen plusieurs plaques typhoïdiques (taches rosées) c'est-à-dire le 8^e jour après que la température se fût élevée. Une rechute caractéristique de fièvre typhoïde fut observée, et la température ne revint à la normale que le 69^e jour après le début. Le malade quitta l'hôpital 3 semaines après,

Remarques du docteur RUSSELL

Le point intéressant dans ces deux cas était l'apparition du rash érythémateux simulant de bien près l'éruption de la fièvre scarlatine. Aucun des malades ne se plaignit du mal de gorge et il n'y eut aucune desquamation typique de la scarlatine vraie.

Dans les deux cas, le rash observé était antérieur à l'éruption typhique (taches rosées).

OBSERVATION IX

J. SÉBILEAU. — In *La Clinique infantile*, 13 janvier 1904

Un cas de fièvre typhoïde avec érythème scarlatiniforme et hyperthermie chez une fille de 9 ans ; mort.

La jeune Marie M..., âgée de 9 ans et demi, entre le 24 décembre 1903 à l'hôpital des Enfants malades. Elle occupe le lit n° 28, de la salle Gillette, dans le service de M. le docteur Variot.

Nous n'avons rien de particulièrement intéressant à signaler aussi bien du côté de ses antécédents héréditaires que du côté de ses antécédents personnels.

Dix jours avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le 14 novembre, elle fut prise subitement de frissons répétés, d'un malaise général. Les jours suivants, elle se plaignit d'une céphalalgie très vive et de douleurs siégeant à la partie inférieure gauche du thorax et dans le cou, qu'elle avait peine à remuer. La nuit elle était très agitée, délirait. Le jour elle était plongée dans un état de prostration inquiétant. Du 14 décembre au 22, elle fut constipée. Mais le

22, apparut une diarrhée jaune, d'odeur infecte. On ne note pas de saignements de nez. Examinée, le 24 décembre, à la contre-visite, elle présente les signes suivants :

Du côté du tube digestif, les lèvres sont sèches, recouvertes de croûtelles noirâtres, fendillées. La langue est fuligineuse, sèche. La gorge ne présente aucune lésion appréciable. L'abdomen est légèrement tendu, mais souple encore. Le météorisme est peu accentué. La palpation de la fosse iliaque ne réveille pas de douleur. On ne sent pas de gargouillement. Les selles sont jaunes ocreuses, très fétiides, laissant sur le linge une tache jaune claire.

Le foie n'est pas augmenté de volume à la percussion. Quant à la rate, elle est perceptible à la percussion seulement sur une hauteur de deux travers de doigt.

L'appareil respiratoire est peu touché. A l'auscultation on entend en avant et en arrière, à droite et à gauche, des râles sibilants et ronflants, erratiques.

Le cœur bat vite. Les bruits sont encore assez bien frappés. Le pouls est rapide (120) mais régulier.

L'analyse des urines décèle un léger nuage d'albumine. L'état général est très profondément altéré. La fièvre est montée à 41°. La malade est couchée sur son lit, absolument inerte, plongée dans l'adynamie la plus complète. Elle ne parle pas, ne reconnaît personne. Quand on veut la faire asseoir pour l'ausculter, elle pousse des cris et semble accuser une douleur vive tout le long de la colonne vertébrale, à la région lombaire.

Nous prescrivons pour la nuit des bains à 30°, donnés toutes les trois heures régulièrement. 25 décembre. Température 39°, s. 40', Pouls 132.

Même état que la veille au soir. Sur la paroi abdominale, un peu au-dessous de l'ombilic, apparaît une tache rose, arrondie, s'effaçant sous la pression.

26 décembre. — La paroi abdominale et la région sacrée sont couvertes de vésicules, dont le contenu est séro-puru-

lent. Ces vésicules sont développées avec une grande rapidité. Elles n'existaient pas la veille au soir.

La température est toujours très élevée: 39° 8 le matin, 40° 8 le soir. Le pouls petit, filiforme, presque incomptable. Nous prescrivons une injection de sérum de 300 grammes.

27 décembre. — L'éruption vésiculeuse de la veille est presque terminée. Presque tous les éléments sont secs.

Mais nous sommes surpris de voir que le corps de notre malade est entièrement recouvert d'une éruption scarlatini-forme.

La figure seule est respectée. Cette éruption scarlatini-forme est un peu plus pâle que les éruptions de la scarlatine, mais sauf ce détail, elle en présente tous les caractères.

La température se tient à un degré toujours très élevé : 41° le matin et 41° 6 le soir. Les bains ne provoquent pas de réaction vive. L'adynamie est de plus en plus marquée.

Le séro-diagnostic est pratiqué dans l'après-midi. Il n'a pas donné de résultats positifs nets. En effet, nous avons bien observé quelques amas légers, mais ils se faisaient autour des globules. De plus, au bout d'une heure et demie d'attente, les bacilles remuaient encore.

28 décembre. — L'éruption scarlatiniforme existe encore avec les mêmes caractères que la veille.

Le pouls est à peine perceptible ; la malade meurt à midi.

L'autopsie a été pratiquée le 30 décembre et a donné les renseignements suivants :

Les poumons sont très congestionnés aux bases. Les plèvres sont normales et ne renferment pas de liquide.

Le péricarde est sain, Le cœur à une couleur feuille morte. Il ne présente pas de lésions valvulaires.

Le foie n'est pas augmenté notablement de volume. Mais il présente les caractères du foie en dégénérescence graisseuse. La rate est augmentée de volume et pèse 170 gr,

L'intestin grêle montre les lésions typiques d'une dothiérientérie. Tout d'abord tout près de la valvule iléo-cœcale, existe une plaque arrondie large d'un centimètre, complètement ulcérée. Plus haut, il existe une seconde plaque, longue de 2 centimètres, large de 1 centimètre; en voie d'ulcération. En remontant, on trouve tout le long de l'intestin grêle des plaques de Peyer congestionnées, boursoufflées. Autour de ces plaques, la vascularisation est développée.

Le gros intestin ne présente pas de lésions apparentes. Les reins sont normaux à la coupe. Ils se décortiquent parfaitement.

Le cerveau est légèrement congestionné.

Réflexions. — Il paraît vraisemblable que l'érythème scarlatiniforme si intense qui s'est produit dans le 2^{me} septenaire de cette fièvre typhoïde, est en rapport avec une infection secondaire et probablement avec une infection streptococcique. La valeur pronostique de tels érythèmes survenant chez les jeunes typhiques, semble être des plus graves, comme l'ont déjà signalé plusieurs observateurs. (Hutinel et Martin de Gimard, Calton, etc).

OBSERVATION X

(Inédite). — Dûe à l'obligeance de M. le docteur COURTOIS-SUFFIT
médecin des hôpitaux

*Erythème infectieux dans le cours d'une fièvre typhoïde, suivi
de desquamation et rappelant la scarlatine*

U... G.... — Étudiant en médecine, 26 ans. Entré à la maison Dubois le 11 février 1903 au 5^e jour d'une fièvre typhoïde à allure normale. Parmi ses antécédents person-

nels on relève une diphtérie à l'âge de 5 ans, la rougeole à deux reprises pendant l'enfance, la scarlatine à 21 ans. Le sujet, très robuste, a été pris à la suite de surmenages de toutes sortes (travail, femme, boisson, etc.), d'une céphalée intense dans la soirée du 4 février. Les 2 jours suivants, malgré insomnie, céphalée persistante, le malade continue à sortir, à vaquer à ses occupations.

Jusqu'à l'entrée du malade dans le service, cette céphalée persiste avec température de plus en plus élevée. Il n'existe pas de diarrhée, pas d'épistaxis. Malade déprimé, très inquiet de son état. Abattement peu marqué. Il cause bien et donne tous les renseignements qu'on lui demande. La langue est blanche, humide. Le ventre peu volumineux, sans taches rosées. Un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite. La rate n'est pas augmentée de volume. Les urines sont claires, abondantes, ne renfermant pas d'albumine.

Rien au cœur. Rien au poumons.

Le pouls est bon, un peu fréquent, léger et dicrote. La température oscille entre 39° et 40°.

Le malade est mis au régime lacté absolu. On institue la médication balnéaire. En outre on administre matin et soir un lavement froid. Enfin, frictions au collargol tous les deux jours.

Les jours suivants, l'état se maintient satisfaisant. A noter que le malade ne fait pas après les bains la défervescence qu'on observe habituellement; la température remonte au contraire de quelques dixièmes.

Le 14 février, apparition des premières taches rosées qui confirment le diagnostic de dothiéntérie rendu certain par un séro-diagnostic positif pratiqué le 17 février.

Dans la journée du 17, le malade présente pour la première fois une épistaxis légère. La température reste élevée. Dans la nuit U... a parfois un peu de subdélire.

Toujours peu de diarrhée. Selles abondantes avec les

lavements. Urines non albumineuses. Plus de 3 litres par 24 heures.

Dans la journée du 20, incontinence des urines. Cependant état général satisfaisant. État typhoïde peu marqué. Le malade dort assez souvent entre les bains qui continuent à ne pas produire de défervescence.

A partir du 25 février, la défervescence commence, normale, progressive. Les signes pathologiques disparaissent peu à peu et dans les premiers jours de mars, le malade paraît entrer en convalescence.

Cependant la température n'est pas descendue encore au-dessous de 37° le 12 mars lorsque le malade commence une rechute.

Brusquement la température remonte à 39° puis 40°.

Le pouls qui était à 84 pulsations, dépasse 125 pulsations.

Les urines diminuent de fréquence.

La céphalée reparaît et avec elle l'insomnie et l'agitation.

En outre le malade présente un état nauséux qui lui rend impossible l'absorption de quelque boisson que ce soit.

Le 15 mars, réapparition de quelques taches rosées.

La rate augmente à nouveau de volume.

Le ventre est douloureux, un peu ballonné.

Les vomissements sont fréquents, très pénibles et empêchent toute alimentation.

Le malade qui avait en partie conservé son embonpoint maigrit très rapidement, on pourrait presque dire à vue d'œil.

Le 17 mars, le malade qui jusque-là n'avait jamais eu de diarrhée, présente pour la première fois une diarrhée fréquente, très liquide, verte, *excessivement fétide*.

Le même jour apparaissent sur la face des éléments éruptifs constitués par une petite zone rouge légèrement saillante, avec au centre une vésicule. Il existe des élé-

ments semblables dans le voisinage des ailes du nez, autour des yeux, sur le front.

Le lendemain, quelques éléments éruptifs apparaissent sur le dos des mains. Ils sont un peu différents ; rouge foncé, saillants, sans vésicule centrale, ils rappellent les éléments de l'érythème polymorphe. Quelques éléments semblables existent dans le dos.

Cette éruption paraît s'accompagner de démangeaisons assez vives et on a toutes les peines du monde à empêcher le malade de se gratter et de produire des excoriations.

Le 21 mars, l'éruption ne s'est pas étendue, l'état du malade paraît s'être amélioré. La température est redescendue dans les environs de 38°.

Le pouls, peut-être sous l'influence de la spartéine administrée dès le 15 mars, a diminué de fréquence.

De 128 pulsations, il a baissé à 114 le 17 mars et n'est plus qu'à 86 pulsations, le 21 mars.

Les vomissements ont cessé. Le malade peut s'alimenter un peu.

La diarrhée est moins abondante, moins fétide ; elle n'est plus verte comme les jours précédents.

Mais l'amaigrissement progresse, le malade est très faible, les nuits continuent à être agitées ; le malade divague, chante, veut se lever, se croit guéri.

Jusqu'au 26, l'amélioration, au moins apparente, persiste.

A noter seulement, l'apparition de quelques nouvelles taches rouge foncé, grandes au plus comme une pièce de 50 centimes sur le ventre et sur les membres. Quelques-unes présentent une vésicule centrale.

Le 26 mars, l'agitation augmente. Le malade est continuellement en état de subdélire. La température augmente de nouveau. Le pouls devient plus fréquent, plus faible.

Dans la nuit, apparition d'une éruption sur les bourses, éruption dont il est impossible de décrire les caractères. Cette éruption, probablement très prurigineuse, augmente

le délire du malade qui, malgré toutes les précautions que l'on prend, se gratte et s'excorie toute la peau des bourses.

Le 27 mars, le malade reste tout le temps délirant. Il reconnaît les personnes qui l'entourent, mais débite des insanités. Il est abattu et ne paraît plus guère s'inquiéter de son état. La maigreur est devenue extrême. La face où l'érythème a desquamé entraînant la chute des cils a un aspect particulier avec ses paupières rouges et comme bridées.

La langue est sèche.

Le ventre est douloureux, surtout dans la région du foie un peu augmenté de volume. La rate, au contraire, est presque normale.

Malgré la spartéine, les injections d'huile camphrée, la faiblesse du malade, l'abattement augmentent.

La température reste peu élevée, puisqu'elle n'atteint pas 39°. Mais le pouls devient de plus en plus fréquent, 124 pulsations le 27 mars ; 136 dans la soirée du 28.

Ce soir là, le malade présente une syncope et c'est à grand'peine qu'on parvient à le ranimer, à l'aide d'injections d'éther et de caféine.

Le 29 mars, U... tombe dans une torpeur profonde, présente à plusieurs reprises de nouvelles syncopes qui nécessitent l'usage de frictions, respiration artificielle, caféine, éther.

Le malade est sans connaissance, les membres sont froids, cyanosés.

Le pouls s'affaiblit de plus en plus.

Apparition du hoquet. Mort dans la soirée à 6 h. 45.

OBSERVATION XI

Personnelle

*Fièvre typhoïde avec érythème scarlatiniforme survenu
à la période d'état.*

Gu..., 20 ans, entre à l'hôpital Necker le 24 mai 1904, salle Monneret, dans le service de M. le Dr Huchard. Bien que plongée dans la stupeur et la prostration, elle répond cependant en partie à nos questions.

Orpheline, son père serait mort à 74 ans, sa mère à 33 ans de fièvre puerpérale. Parmi ses frères et sœurs, quatre sont vivants et très bien portants; deux sont morts, l'un du croup, l'autre de complication de la coqueluche.

Les antécédents personnels sont nuls. Elle a accouché normalement il y a trois mois d'une fille à terme bien constituée. Elle est arrivée il y a près d'un mois à Paris, pour s'y placer comme nourrice sur lieu.

Toujours bien portante lorsqu'il y a 6 jours, elle a ressenti de la lassitude, des vertiges; l'appétit a presque disparu. Pas d'épistaxis. Depuis quatre jours, elle accuse de la fièvre, sans frissons; une céphalalgie peu intense; la malade a eu un peu d'insomnie, et une diarrhée jaune ocre.

A l'examen, on note une légère douleur à la palpation de la fosse iliaque droite; tuméfaction notable de la rate. A l'auscultation des poumons, quelques râles sibilants et ronflants disséminés; la langue est blanche, pâteuse; la voix un peu couverte; le cœur normal. En présence de ce tableau clinique net, et malgré l'absence des taches rosées, on fait de suite le diagnostic de dothiéntérie.

Le 25 mai, au 8^e jour de la maladie, apparaissent les

taches rosées, environ une douzaine, sur la paroi abdominale et le triangle de Scarpa. La rate est devenue douloureuse à la percussion. Le réflexe abdominal subsiste. Le pouls est régulier, mais notablement accéléré, 120 à la minute, ce qui fait porter un pronostic réservé. Rien d'anormal à l'auscultation du cœur. La malade urine normalement; un peu d'albumine. Les selles fréquentes et fétides. Bains froids toutes les 3 heures. Bouillon et lait. Potion de Todd.

Le 26 mai, l'état général de la malade est moins satisfaisant qu'hier; elle accuse des bourdonnements d'oreilles; elle crache beaucoup et son expectoration est légèrement visqueuse et striée de sang. Aux deux bases pulmonaires, on trouve de la submabilité, une respiration très légèrement soufflante, et des râles crépitants fins. L'abdomen est plus douloureux. Le pouls est régulier à 110, assez bien frappé.

Les selles, qui atteignent le chiffre de dix environ par 24 heures, ne sont plus jaunes ocre, mais gris sale, absolument liquides, avec de petits grumeaux blancs comme du lait coagulé et non digéré, et très fétides. On prescrit en plus : benzoate de bismuth, benzonaphtol. La température descend assez régulièrement après chaque bain d'un degré à un degré et demi. La malade urine presque chaque fois dans son bain.

Le 28 mai. La malade est plongée dans la stupeur; elle ne répond plus du tout aux questions, on suppose qu'elle a un peu de surdité. Elle est légèrement dyspnéique sans que les signes objectifs de congestion pulmonaire aient augmenté. Elle toussait à peine jusqu'ici, mais elle tousse davantage. Apparition de nouvelles taches rosées. Rate et abdomen très douloureux.

30 mai. La malade a eu un peu de délire, le réflexe abdominal diminue de netteté. Le pouls est toujours aux environs de 120, mais moins bien frappé; les bruits du cœur

sont assourdis ; le grand silence a diminué de durée et l'on note une tendance très nette à l'embryocardie. Le pronostic porté est grave. Carphologie et soubresauts tendineux. Injections de caféine.

1^{er} juin. La gorge est un peu rouge, la langue reste chargée ; les amygdales sont légèrement tuméfiées, et on voit sur le voile du palais une ulcération irrégulière à bords recouverts d'un mince exsudat opalin. Douleurs violentes à la palpation de la fosse iliaque gauche. Abolition du réflexe abdominal ; un très léger filet de sang dans les selles.

2 juin. La température pendant les 5 premiers jours a régulièrement oscillé entre 39° 2 le matin et 40° le soir, et pendant ces 4 derniers jours entre 39° 8 le matin et 40° 4 le soir.

Filets de sang plus importants qu'hier dans les selles, suppression des bains. Chlorure de calcium, 4 gr. et perchlorure de fer xxx gouttes à l'intérieur ; injection hypodermique d'ergotine.

3 juin, toujours les mêmes signes à l'auscultation des poumons. Respiration rude surtout à gauche, submatité et râles humides fins à la base, sans souffle.

La malade tousse et crache moins. Ventouses sèches. Injections quotidiennes de nucléinate de soude 0,05 centig. sous la peau, dans l'espoir de remplacer l'action des bains.

4 juin, les petites hémorrhagies intestinales n'ont plus reparu, on supprime la médication hémostatique.

7 juin, pouls 130. Toujours tendance du rythme cardiaque à l'embryocardie ; pas de souffle ; la dyspnée continue, ventouses sèches.

La température vespérale se maintient aux environs de 40°, tandis que les dépressions matinales s'accroissent et atteignent 38° 5 ; on continue le nucléinate de soude qui paraît indolore, et la caféine. La surdité est complète, un peu de délire tranquille.

10 juin, pouls à 124, mieux frappé.

Sur tout le corps de la malade, la figure exceptée, est apparu depuis hier soir un érythème scarlatiniforme caractérisé par un érythème rouge vif avec un petit granité plus foncé, disposé en larges placards presque confluent. Quelques papules légèrement maculeuses, morbilliformes surtout au niveau des poignets et des jambes. Pas d'élévation de température, aucune aggravation de l'état général.

14 juin. Pouls 124, le cœur est meilleur : le rythme tend à redevenir normal, on espace les injections de caféine, et on continue régulièrement celles de nucléinate de soude. L'éruption a totalement disparu, sauf au niveau du tronc où on devine encore un petit piqueté rose. Réapparition du réflexe abdominal.

16 juin. La malade a rendu un long ascaris lombricoïde ; l'état général est bien meilleur. Elle ne perd plus ses matières. La diarrhée a beaucoup diminué. La courbe de température de ces derniers jours représente le stade des grandes oscillations, qui font prévoir le lysis. Ce matin temp. 37°5.

Aucune trace de desquamation.

La malade tousse moins, n'est plus dyspnéique, et à l'auscultation, on ne constate plus que de la respiration voilée, et quelques râles humides à la base droite, sans diminution de la sonorité.

19 Juin. Le malade est en plein lysis, malgré une élévation de temp. à 38°5 hier soir. Ce matin temp. 37°0. L'état général est excellent. Selles moulées. Nouvelle émission d'un ascaris lombricoïde.

La surdité diminue. La malade a retrouvé toute sa lucidité d'esprit ; sa sécrétion lactée s'est spontanément tarie sans aucun incident. Les seins sont parfaitement souples. Aucune trace de desquamation. On lui donne un œuf délayé. Suppression du nucléinate de soude.

22 juin. La malade est en pleine convalescence. La

temp. normale. On ajoute de la viande crue à son alimentation. La surdité a tout à fait disparu. Il n'y a plus d'albumine dans les urines.

En résumé, nous nous sommes trouvé en présence d'une fièvre typhoïde grave, avec myocardite intense, congestion pulmonaire double, dyspnée de cause en partie toxique, hémorrhagies intestinales, stupeur semi-comateuse avec émission involontaire des matières fécales, diarrhée très fétide, allant jusqu'à 15 selles par jour. Cette dothiéntérie, traitée par les moyens classiques, et en plus par les injections sous-cutanées de nucléinate de soude à 0.05 centigrammes, à la suite de la suppression des bains au seizième jour, s'est accompagnée au vingt-quatrième jour d'un érythème scarlatiniforme, non suivi de desquamation, et s'est terminée par la guérison.

CONCLUSIONS

1° L'érythème scarlatiniforme représente comme fréquence le quart des érythèmes infectieux de la fièvre typhoïde, l'érythème polymorphe en représentant un autre quart et l'érythème rubéoliforme, la moitié.

2° Il débute tantôt à la période d'invasion de la dothiériémie, sous forme de rash, tantôt à la période d'état après apparition des taches rosées, tantôt dans la convalescence, postérieurement à la défervescence. On le rencontre dans les formes bénignes et plus souvent dans les formes graves.

3° Variable comme caractères objectifs, il représente tantôt un épiphénomène sans importance dans le cours de la fièvre typhoïde, tantôt un nouveau caractère clinique qui aggrave par lui-même l'état du malade.

4° Le pronostic en est souvent mauvais, soit qu'il accompagne une forme ataxo-adyynamique, ou rénale, ou cardiaque de la fièvre typhoïde, soit qu'il rende plus sévère une forme jusqu'alors bénigne.

5° L'analyse des observations permet de conclure, sous réserves, à l'épidémicité et à la non-contagiosité de ces érythèmes.

6° Bien que plusieurs auteurs aient incriminé dans la genèse de cette lésion, le coli-bacille, ou un staphylo-

coque ou le bacille d'Eberth lui-même, nous sommes portés à incriminer le streptocoque et à croire à sa localisation bucco-pharyngée.

Vu : le Doyen :

M. DEBOVE

Vu : le Président de la Thèse :

E. BRISSAUD

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

1852. — **Forget.** — Diagnostic de la fièvre typhoïde.
1862. — **Alméras.** — Rash scarlatiniformes, confondus avec la fièvre typhoïde. Th. Paris.
1864. — **Chedevergne.** — De la fièvre typhoïde et de ses manifestations congestives, inflammatoires et éruptives. Th. Paris.
1866. — **Mazeron.** — Taches et éruptions typhiques. Th. Paris.
1869. — **Duprey.** — Du diagnostic différentiel de la scarlatine et des exanthèmes scarlatiniformes. Th. Strasbourg.
1875. — **Normand.** — Eruptions cutanées dans la fièvre typhoïde. Th. Paris.
1876. — **Siredey et Féréol.** — Union médicale.
1877. — **Hayem.** — Revue des Sciences médicales. T. x, p. 336-337.
— **Bez.** — Th. Paris. — Contemporanéité de la fièvre typhoïde et de des fièvres éruptives.
1878. — **Raymond et Nélaton.** — Progrès médical. n° 49.
— **Murchison.** — Traité sur la fièvre typhoïde.
1879. — **Cabiran.** — Exanthèmes typhoïdes. Thèse Paris.
1880. — **De Santi.** — Tribune médicale n° 611.
— Eruption anormale dans une fièvre typhoïde à forme rénale.
1881. — **Kéromnès.** — Etude descriptive de quelques éruptions typhiques. — Th. Paris.
— **Reynaud.** — Erythèmes polymorphes dans la fièvre typhoïde. Th. Paris.
1882. — **Gadet de Gassicourt.** — Clinique des maladies de l'enfance.
1883. — **Geffroy.** — Etudes sur les affections cutanées survenant au cours ou à la suite de la fièvre typhoïde. Th. Paris.
— **Wipham.** — Lancet 21 avril.
- **Roudet.** — Eruptions dans la fièvre typhoïde. Th. Paris.
1885. — **Lemaigre.** — Des exanthèmes dans la fièvre typhoïde. Thèse Paris.
1888. — **Guéneau de Mussy.** — Clinique médicale. T. III, p. 198, 277 et 278.
1889. — **Estève.** — Evolution simultanée de la fièvre typhoïde avec la rougeole et la scarlatine. Th. Paris.

1890. — **Lovy**. — Th. Paris.
Hutinel et Martin de Gimard. — Médecine moderne. 23 et 30 janvier, 6 février 1890.
Besnier. — Pathogénie des érythèmes, in Annales de dermatologie.
Lauffer. — Erythème multiforme dans la fièvre typhoïde. Arch. fur dermatologie, xxii-3.
Graves (W. W.) — Med. Rec. N. Y, 1890, xxxvii 118.
1891. — **Peter**. — Erythème polymorphe chez un convalescent de fièvre typhoïde. Semaine médicale, 15 juillet.
1892. — **Hutinel**. — Archives générales de médecine. p. 263 et 385.
1893. — **Fisher**. — Erythème dans la fièvre typhoïde. British méd. J. 15 avril.
Calton. — Des érythèmes infectieux, en particulier dans la fièvre typhoïde. Th. Paris.
1894. — **Gaillard**. — Semaine médicale. 10 octobre 1904.
1895. — **Coulon**. — Journal de médecine infantile. 15 janvier 1895.
 Fièvre typhoïde avec desquamation scarlatiniforme.
Etienne G. (de Nancy). — Société de médecine de Nancy. — Comptes rendus mensuels.
 Erythèmes infectieux.
Herrich. — In Médecine moderne. Mille cas de fièvre typhoïde.
1896. — **Etienne G.** — Revue médicale de l'est. Janvier 1896. Érythèmes infectieux au cours de la fièvre typhoïde.
Gillet. — Th. Nancy 1896. Des Érythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde.
Marshall. — Dublin Journal, mars 1893. Un cas de rash au cours d'une fièvre typhoïde.
Gaillard. — Soc. médic. des Hôp. de Paris, 13 mars. Érythèmes infectieux de la fièvre typhoïde.
W. Russel. — The Lancet. London 21 mars. T. 1, p. 766.
Amitrano. — Riforma medica. 25 juin 1896. Érythème scarlatiniforme dans la convalescence d'une fièvre typhoïde.
1897. — **Cosgrave**. — British méd. Journ., 16 janvier. Fièvre scarlatine et typhoïde simultanées.
1898. — **H. Pons**. — Contribution à l'étude des érythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde. Th. Toulouse.
Rispal. — Archives médicales de Toulouse, 1^{er} avril. Érythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde.
Gaillard. — La Grippe. 1 vol. in Actualités médicales. Paris.
1900. — **Lebœuf**. — Journal médical de Bruxelles. 24 mai.
Dubois-Havenith. — Presse médicale belge, p. 463-466.
Remlinger (P.) — Revue de médecine de Paris 1900. Contribution à l'étude des érythèmes rubéoliformes et scarlatiniforme dans la dothiénen érie.

- Angeli** (Paul). — Contributions à l'étude des rash scarlatini-
formes dans la fièvre typhoïde. Th. Paris.
- Aron** (Jules). — L'exanthème scarlatiniforme dans la fièvre
typhoïde. Th. Paris.
1901. — **Bell** (J. Finley). — Archives of Pédiatrics. 1901-xviii, p. 344-
355.
Expériences in an épidémie of Typhoid fever ; fetal and in-
fantil Typhoid, Scarlatina complicating typhoid, and vice
versa.
1902. — **Lebelle**. — Bulletin médical de Paris. Fièvre typhoïde avec
éruption rubéoliforme et scarlatiniforme.
- Herviaux** (Louis). — Érythèmes causés par les lavements
boriqués dans la fièvre typhoïde. Th. Paris.
1903. — **Leroux** et **Lorrain**. — Arch. de méd. expérim. et d'anat.
path. Sept.
- Sergent** et **Henri Lemaire**. — Société médicale des Hop.
1904. — **Sébileau** (J.). — La Clinique infantile. 15 janvier. Un cas de
fièvre typhoïde avec érythème scarlatiniforme et hyperther-
mie chez une fillette de 9 ans ; mort.
-

